

---

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
MATHIEU LAVOIE

COMPARAISON ENTRE DES INDIVIDUS SOUFFRANT DE MANIACO-  
DÉPRESSION ET DES INDIVIDUS SOUFFRANT DU TROUBLE DE  
PERSONNALITÉ LIMITE QUANT À DIVERS MÉCANISMES  
DE DÉFENSE AU RORSCHACH

AOÛT 2004

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## *Sommaire*

Plusieurs chercheurs analysent et tentent de comprendre le fonctionnement psychique des individus présentant un trouble maniaco-dépressif et de ceux souffrant d'un trouble de la personnalité limite. Freud (1917/1968, 1923) explique d'abord la maniaco-dépression à partir de la mélancolie. Il conçoit ensuite l'idée d'un Surmoi qui cherche à détruire le Moi. La manie devient pour lui une fuite du Moi face à un Surmoi tyrannique. Pour Abraham (1912, 1924), la manie est la libération de la souffrance qu'impose le Principe de réalité. Plus tard, il suit la ligne de pensée freudienne en affirmant que la manie sert l'individu qui essaie d'échapper à l'emprise de son Idéal du moi. Klein (1934) explique que la manie sert à contrer la Position dépressive et ainsi à éviter la culpabilité à l'intérieur du Moi. Elle ajoute que le Moi exerce un contrôle sans relâche sur ses objets, ce qui entraîne l'hyperactivité et la toute-puissance de la manie. Segal (1964), quant à elle, traite des défenses maniaques. Pour elle, le contrôle, le triomphe et le mépris forment la défense maniaque. Elle mentionne aussi que des éléments de clivage, d'idéalisation, d'identification projective et de déni font partie de cette défense. Kernberg (1997), de son côté, s'intéresse davantage à l'organisation limite de la personnalité. Il affirme que les mécanismes de défense les plus utilisés par les individus souffrant d'une organisation limite de la personnalité sont : l'idéalisation primitive, les formes précoces de projection et, en particulier, l'identification projective, l'omnipotence et la dévalorisation ainsi que le déni. Cette recherche compare des

individus souffrant d'un trouble maniaco-dépressif (n=17) à d'autres présentant un trouble de la personnalité limite (n=17) quant à la fréquence du déni, du clivage, de l'identification projective et de l'idéalisation, ainsi qu'au niveau de sévérité (1, 2 et 3) du déni au Rorschach. Les diagnostics du trouble maniaco-dépressif et du trouble de la personnalité limite ont été établis grâce au SCID-I-P (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) et II (Spitzer, Williams, & Gibbon, 1990). Les différents mécanismes de défense ont été relevés à l'aide du Rorschach et cotés avec le Lerner Defense Scale (Lerner & Lerner, 1980). L'échantillon non aléatoire se compose de 34 participants âgés de 22 à 52 ans recrutés au Centre universitaire de services psychologiques (CUSP) de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Centre de détention de Trois-Rivières et dans trois hôpitaux de la Mauricie. Le principal matériel utilisé avec chaque participant est un formulaire de consentement, un questionnaire sociodémographique et des instruments de mesure. Les SCID-I-P et SCID-II ont été administrés aux participants afin d'établir les diagnostics du trouble maniaco-dépressif et du trouble de la personnalité limite. Le Rorschach a été utilisé pour relever les mécanismes de défense présents chez les participants. Par la suite, ces mécanismes ont été cotés avec le Lerner Defense Scale. Les résultats de la recherche démontrent que les individus ayant un trouble maniaco-dépressif présentent plus de déni de niveau 2 que les individus souffrant d'un trouble de la personnalité limite. Par contre, en ce qui a trait aux niveaux de sévérité 1 et 3 du déni, les deux groupes ne présentent aucune différence significative. De plus, en ce qui concerne la fréquence du déni, du clivage, de l'identification projective et de l'idéalisation, il n'y a également aucune différence significative entre les

deux groupes. Les résultats amènent donc des réflexions sur la méthodologie employée, particulièrement en ce qui a trait à la composition de l'échantillon.

## *Table des matières*

Sommaire.....	ii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	5
La maniaco-dépression.....	6
L'organisation limite de la personnalité.....	20
Le déni.....	30
Recherches portant sur les liens entre les troubles de l'humeur et de la personnalité.....	33
Hypothèses de recherche.....	36
Méthode.....	38
Participants.....	39
Matériel.....	40
Instruments de mesure.....	43
Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID).....	43
Rorschach.....	44
Déroulement.....	46
Résultats.....	48
Procédures utilisées qui mènent à l'analyse des données.....	49

Présentation des résultats.....	49
Discussion.....	53
Discussion des résultats.....	54
Analyse des conséquences de la recherche et des retombés possibles.....	57
Forces et faiblesses de l'étude.....	58
Conclusion.....	62
Références.....	65
Appendice A.....	70
Appendice B.....	77
Appendice C.....	79
Appendice D.....	81

## *Liste des tableaux*

### Tableaux

- 1 Caractéristiques sociodémographiques des individus présentant un trouble bipolaire de type I ou II et des individus présentant un trouble limite de la personnalité.....41
- 2 Diagnostics présents chez les individus présentant un trouble bipolaire de type I ou II et chez les individus présentant un trouble limite de la personnalité.....42
- 3 Comparaison entre les individus souffrant d'un trouble maniaco-dépressif et les individus présentant un trouble de la personnalité limite quant à la quantité de déni au Rorschach.....50
- 4 Comparaison entre les individus souffrant d'un trouble maniaco-dépressif et les individus présentant un trouble de la personnalité limite quant à la sévérité du déni au Rorschach.....51
- 5 Comparaison entre les individus souffrant d'un trouble maniaco-dépressif et les individus présentant un trouble de la personnalité limite quant à la quantité de clivage, d'identification projective et d'idéalisation au Rorschach.....52



### *Remerciements*

L'auteur remercie, avec la plus grande sincérité, sa directrice de mémoire Mme Suzanne Léveillé, Ph. D. et professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour ses précieux conseils et sa grande disponibilité durant l'élaboration de ce mémoire. Il remercie également toutes les personnes qui ont collaboré à ce projet de près ou de loin. Il tient finalement à exprimer sa gratitude à tous ceux qui l'ont encouragé durant la rédaction de cette recherche.

## *Introduction*

La maniaco-dépression s'explique pour Freud (1917/1968, 1923) à partir de la mélancolie. L'auteur conçoit l'idée d'un Surmoi qui est un tyran cherchant à détruire le Moi. Pour Freud, la manie devient dès lors une fuite du Moi face à l'envahisseur surmoïque. Abraham (1912, 1924), quant à lui, comprend la manie comme étant une libération de la souffrance qui est imposée par le Principe de réalité. Plus tard, il rejoint la pensée freudienne en affirmant que, dans la manie, l'individu tente de se soustraire à l'emprise de son Idéal du moi. De son côté, Klein (1934) comprend la manie ou la défense maniaque comme la solution trouvée pour contrer la Position dépressive et éviter la culpabilité à l'intérieur du Moi, culpabilité qui se trouve de ce fait déniée. Elle ajoute que le Moi exerce un contrôle incessant sur ses objets, ce qui entraîne l'hyperactivité et la toute-puissance de l'état maniaque. Segal (1964), quant à elle, traite des défenses maniaques. Pour elle, le contrôle, le triomphe et le mépris, qui permet de dénier la valeur de l'objet, sont les sentiments qui forment la défense maniaque. Elle ajoute que des éléments de clivage, d'idéalisation, d'identification projective et de déni font aussi partie de la défense maniaque.

L'organisation limite de la personnalité est expliquée par Kernberg (1997). L'auteur affirme que les individus présentant un trouble limite ont une structure du Moi qui est relativement stable et spécifique. Kernberg affirme que les mécanismes de défense utilisés par les individus souffrant d'une organisation limite de la personnalité

sont : l'idéalisation primitive, les formes précoces de projection et, en particulier, l'identification projective, l'omnipotence et la dévalorisation ainsi que le déni. Notons que plusieurs de ces défenses se retrouvent également selon Segal (1964) dans la maniaque-dépression.

Quelques études ont comparé des individus souffrant de troubles de l'humeur avec des individus souffrant de troubles de la personnalité. Cependant, aucune ne compare, à l'aide du Rorschach, des individus souffrant de maniaque-dépression à d'autres souffrant d'une organisation limite de la personnalité en ce qui a trait aux mécanismes de défense du clivage, de l'idéalisation, de l'identification projective et du déni. L'objectif de cette recherche est de comparer ces deux groupes d'individus quant à la fréquence et au niveau de sévérité du déni au Rorschach. Finalement, un questionnaire, en ce qui concerne les mécanismes du clivage, de l'idéalisation et de l'identification projective, qui sont des défenses liées à la manie selon Segal (1964), fera également l'objet de cette étude.

L'étude débute par son contexte théorique dans lequel on retrouve la description des différents symptômes des troubles bipolaires. Par la suite, la pathologie est définie à l'aide des travaux de Freud (1917/1968, 1921/1971, 1923), Abraham (1912, 1916, 1924), Klein (1934, 1940) et Segal (1964). Les différents symptômes du trouble de la personnalité limite sont ensuite décrits de même que la pathologie définie par Kernberg (1997). Finalement, les différents mécanismes de défense à l'étude sont décrits, définis

et mis en lien avec la maniaque-dépression et le trouble de personnalité limite. Ces étapes permettent ensuite de poser les hypothèses de recherche. La section suivante présente la méthode employée, soit l'échantillon, le matériel et les instruments de mesure utilisés ainsi que le déroulement de l'étude. Par la suite, une section présente les résultats. Finalement, la discussion permet un retour sur le contexte théorique et les résultats obtenus.

## *Contexte théorique*

## La maniaque-dépression

Depuis la fin du dix-neuvième siècle, différents auteurs se sont intéressés à la maniaque-dépression. Parmi ceux-ci, Freud (1917/1968, 1921/1971, 1923), Abraham (1912, 1916, 1924), Klein (1934, 1940) et Segal (1964) se sont penchés sur les fondements intra-psychiques de cette psychopathologie. Ces quatre psychanalystes utilisaient, à l'époque, le vocable de maniaque-dépression. Durant le vingtième siècle, alors que d'autres courants de pensée en psychologie naissent, la terminologie sur ce trouble se modifie. De nos jours, l'American Psychiatric Association désigne cette pathologie du nom de trouble bipolaire I et II (APA, 1996). Il faut donc noter que les vocables maniaque-dépression et trouble bipolaire désignent dans cette étude le même type de psychopathologie. En ce qui a trait au trouble de la personnalité limite, le DSM-IV utilise davantage le vocable borderline pour désigner cette pathologie. Encore une fois, il faut noter que les appellations diffèrent dans cette étude, mais désignent la même problématique. Afin de rester fidèle aux différentes approches, les termes de maniaque-dépression, de trouble maniaque-dépressif, de trouble bipolaire, de trouble limite de la personnalité, de trouble de la personnalité limite, d'organisation limite de la personnalité et de trouble de personnalité borderline seront utilisés dans la présente recherche.

Les approches descriptives en psychologie ont dénombré quelques symptômes des troubles bipolaires. Les symptômes du trouble bipolaire I sont regroupés dans différentes catégories d'épisodes tels que : maniaque isolé, le plus récent hypomaniaque, le plus récent maniaque, le plus récent mixte, le plus récent dépressif et le plus récent non spécifié. Ces symptômes se retrouvent principalement dans le DSM-IV (APA, 1996). Selon celui-ci, il y a six séries de critères distincts pour le trouble bipolaire I (voir appendice A) et une pour le trouble bipolaire II (voir appendice B).

En psychanalyse, c'est en grande partie sur la base des travaux de Freud (1917/1968, 1921/1971, 1923) sur la maniaco-dépression que plusieurs auteurs ont développé leur théorie; ils ont, par le fait même, enrichi celle du premier psychanalyste. À l'époque où Freud (1917/1968) publie ses premières études sur la manie, il la présente comme étant l'opposé de la mélancolie. Il affirme que la mélancolie peut se transformer en manie. Toutefois, elle peut avoir une évolution favorable sans devenir manie. Toujours à cette époque, Freud comprend la manie comme étant un raté du deuil. Il explique que le Moi du mélancolique est incapable de se séparer de l'objet qui est perdu. En ce qui a trait au deuil, l'auteur mentionne que l'objet doit être désinvesti de façon libidinale et permettre un investissement de cette libido sur le Moi lui-même.

Pour Freud, deux points sont à la base de la pathologie du deuil. En premier lieu, il parle de l'objet comme ayant été narcissiquement investi avant sa perte. Une fois perdu, l'objet est assimilé à une perte du Moi lui-même. Par la suite, l'objet qui a



été attaqué par le sujet et qui se trouve maintenant assimilé au Moi agresse à son tour le Moi de l'intérieur puisqu'il est devenu une partie de lui. Les attaques répétées qui étaient anciennement dirigées contre l'objet le sont à présent contre le Moi. Freud (1923) dira que c'est « l'ombre de l'objet » qui tombe sur le Moi.

Il faut maintenant comprendre le lien entre ces deux points dans l'émergence de la mélancolie et de la manie. Au départ, Freud (1917/1968) mentionne que le Moi se tourne contre lui-même dans la mélancolie. Il nuance par la suite ses propos en affirmant qu'il existe une dynamique conflictuelle entre l'Idéal du Moi et le Moi persécuté par le premier (Freud, 1921/1971). Plus tard, il ajoute que c'est un Surmoi hostile face à un Moi écrasé qui engendre le conflit (Freud, 1923). Ainsi, de 1917 à 1923, il affirme qu'il y a une intériorisation de l'objet perdu qui finit par se dégager du Moi pour devenir à son tour une instance distincte qu'il appelle l'Idéal du Moi (1921/1971) et par la suite le Surmoi (1923). La manie vient donc à la rescousse d'un Moi persécuté par l'objet intériorisé et potentiellement agressif. Regardons maintenant de quelle façon Freud a évolué dans sa conception théorique de la manie de 1917 à 1923.

Freud (1917/1968) explique la manie selon le point de vue économique. Il pense que les états de joie, d'exultation et de triomphe s'expliquent par les mêmes conditions économiques. Il affirme que la mélancolie engendre une grande dépense d'énergie psychique. La manie, quant à elle, est le fruit de la libération de cette même énergie.

On peut dire que la mélancolie lie l'énergie et que la manie la délie. Il s'agit ici d'un triomphe sur la charge dépressive et sur l'objet qui accable le Moi. Freud (1917/1968) dit à ce sujet : « Dans la manie, il faut que le Moi ait surmonté la perte de l'objet, ou bien le deuil relatif à cette perte, ou bien peut-être l'objet lui-même » (p. 167). Le sujet en manie démontre qu'il est libéré de l'objet qui l'a fait souffrir.

De plus, il est important d'examiner la perspective qui rend compte des liens qui existent entre le Moi, l'objet et le Surmoi. Pour Freud, le problème de la mélancolie réside dans le fait qu'il y a un barrage de la voie normale qui ne permet pas à la libido de se détacher de l'objet perdu et qui ne permet pas au sujet de prendre conscience de ce processus. Ceci entraîne une dépréciation du Moi qui fait rage contre lui-même. La réaction maniaque prend le dessus grâce aux combats ambivalents singuliers qui permettent de relâcher la fixation de la libido à l'objet en le dévalorisant et en l'écrasant. Lorsque la rage face à l'objet s'épuise, celui-ci est abandonné comme sans valeur. C'est à ce moment que le Moi peut se reconnaître comme étant plus fort et supérieur à l'objet. Trois conditions doivent donc exister pour qu'il y ait mélancolie : la perte de l'objet, l'ambivalence et la régression de la libido dans le Moi. Freud mentionne que seul le troisième facteur peut entraîner un triomphe maniaque. Il explique son propos d'un point de vue économique. Il explique qu'une fois le travail de la mélancolie terminé, l'accumulation de l'énergie qui était liée et qui s'est par la suite déliée rend possible la manie. Cette accumulation doit cependant être en relation avec la régression de la libido dans le Moi. Ce qui rend possible cette régression est le narcissisme du

sujet. Dans la mélancolie, la libido est emmagasinée derrière un barrage qui empêche sa libération vers l'objet.

À l'opposé, dans la manie, toutes les attaques à l'intérieur du Moi qui maintenaient le sujet dans un état de mélancolie sont maintenant dirigées vers l'objet pour libérer cette instance. Cependant, elles ne se dirigent pas vers l'objet de la même façon. En fait, le maniaque ne s'occupe pas de détruire l'objet; il ne fait que le dévaloriser tout en dirigeant du même coup sa libido vers lui. Ce ne sont donc pas tous les aspects négatifs de l'ambivalence qui sont dirigés vers l'objet. Dès cet instant, le sentiment de culpabilité que l'on retrouve chez le mélancolique prend vie puisque ce dernier a tout de même attaqué, dévalorisé son objet. Cette culpabilité témoigne du même coup de la reconnaissance de la valeur de l'objet. Cependant, le Moi se sent dès lors attaqué par l'objet au-dedans de lui-même, ce qui produit une agression qui va dans les deux sens : du Moi vers l'objet et vice-versa. C'est cette découverte qui amène Freud (1923) à parler du Surmoi du mélancolique comme d'une pure culture d'instinct de mort.

La conception de l'attaque mélancolique diffère donc de 1917 à 1923. La mélancolie a comme fondement, selon Freud (1917/1968), l'attaque de l'objet intériorisé dans le Moi. Ceci engendre une grande dépense d'énergie qui peut par la suite être déchargée dans la manie. Cependant, Freud (1923) évoque l'hypothèse d'un « Surmoi » qui n'est pas simplement un objet qui attaque le Moi de l'intérieur, mais qui

se comporte plutôt en véritable tyran cherchant à anéantir le Moi sous toutes ses facettes. Dès lors, la manie n'est plus une simple échappée face à la culpabilité engendrée par un objet qu'il faut à tout prix réparer, mais bien davantage une fuite face à un Surmoi envahissant et destructeur.

Avant même que Freud ne commence à étudier les processus du deuil, Abraham (1912) publie une description des mécanismes maniaques. Abraham fait la description, dans ses écrits, des différents symptômes apparaissant au fur et à mesure que la manie se développe chez un individu. Il met particulièrement l'accent sur la sexualité d'un tel individu qu'il décrit comme étant autoérotique et s'exprimant davantage pendant le sommeil. Il explique que la rêverie autoérotique nocturne renvoie à un investissement narcissique de l'objet. Il y a donc dans ce type de rêverie un caractère régressif. L'individu en manie se sent isolé du monde extérieur. Ses pulsions prennent la voie du narcissisme et ne font pas l'objet d'une adaptation à la réalité externe. L'individu n'est pas confronté aux frustrations qui régissent le Principe de réalité<sup>1</sup> par opposition au Principe de plaisir<sup>2</sup> dans lequel il se trouve plongé. La principale frustration à laquelle il évite de se confronter est celle de l'attente de l'objet, celle-ci étant compensée par la satisfaction hallucinatoire du désir. Obéissant au Principe de plaisir, l'individu

---

<sup>1</sup> Un des deux principes régissant selon Freud le fonctionnement mental. Il forme couple avec le principe de plaisir qu'il modifie : dans la mesure où il réussit à s'imposer comme principe régulateur, la recherche de la satisfaction ne s'effectue plus par les voies les plus courtes, mais elle emprunte des détours et ajourne son résultat en fonction des conditions imposées par le monde extérieur (Laplanche & Pontalis, 1968).

<sup>2</sup> Un des deux principes régissant, selon Freud, le fonctionnement mental : l'ensemble de l'activité psychique a pour but d'éviter le déplaisir et de procurer le plaisir. En tant que le déplaisir est lié à l'augmentation des quantités d'excitation et le plaisir à leur réduction, le principe de plaisir est un principe économique (Laplanche & Pontalis, 1968).

maniaque devient enragé face à tout obstacle qui empêche la réalisation de ses désirs. C'est précisément cette rage qui témoigne de l'absence de reconnaissance du Principe de réalité. Abraham souligne que la manie permet à l'individu de se libérer de la souffrance imposée par le Principe de réalité lorsque celle-ci devient intolérable.

Abraham (1916) donne suite aux études menées par Freud sur la sexualité infantile. Il pense que la manie est liée à une fixation à une période précoce du développement de la libido. Il laisse ainsi dans l'ombre les éléments de la manie sur lesquels il s'était attardé en 1912. Abraham impute maintenant l'origine de la manie à une régression au stade oral du développement. C'est le désir d'incorporation<sup>1</sup> de l'objet qui prévaut chez l'individu en manie. Celui-ci, qui est fixé par régression au plaisir que lui procure la zone orale, est incapable de rassembler ses pulsions partielles sous le primat du génital (stade du développement qui ne vient que beaucoup plus tard).

Abraham (1924) pousse plus loin sa théorie sur la manie et la conclut. Il reprend, pour ce faire, la pensée freudienne. Il affirme que l'individu maniaque tente de se soustraire à l'emprise et à la critique de son Idéal du moi. Lorsqu'il y parvient, l'Idéal du moi se dissout dans le Moi lui-même. Maintenant que le Moi n'est plus victime de cet Idéal du moi et donc de l'objet incorporé, la libido de l'individu se tourne

---

<sup>1</sup> Processus par lequel le sujet, sur un mode plus ou moins fantasmatique, fait pénétrer et garde un objet à l'intérieur de son corps. L'incorporation constitue un but pulsionnel et un mode de relation d'objet caractéristiques du stade oral; dans un rapport privilégié avec l'activité buccale et l'ingestion de nourriture, elle peut aussi être vécue en rapport avec d'autres zones érogènes et d'autres fonctions (Laplanche & Pontalis, 1968).

vers les objets qui entourent ce dernier. Cependant, la libido de l'individu maniaque s'exprime dans la convoitise orale. « Si dans la mélancolie l'objet introjecté était une nourriture incorporée, laborieusement expulsée, ici, tous les objets sont destinés à parcourir au plus vite le trajet du « métabolisme psychosexuel » du patient. » (Abraham, 1924, p. 292) En observant la logorrhée et la fuite des idées, on peut remarquer la saisie véhémente et la réjection rapide chez l'individu en manie.

Par la suite, Abraham met l'accent sur l'incorporation; il explique le besoin perpétuel qu'a l'individu en manie de manger. Il décrit l'alimentation de celui-ci comme étant une orgie cannibalique. Cependant, il affirme que l'individu maniaque a besoin d'expulser rapidement son objet d'amour une fois celui-ci dévoré. L'état maniaque est ainsi rattaché à la première phase du stade anal.

Abraham explique de ce fait le trajet rapide des incorporations dans le Moi. Il n'arrive cependant pas à trouver le mode particulier d'identification<sup>1</sup> de celui-ci. Tout ce qu'il peut affirmer est qu'il y a une domination du premier stade anal sur le second. Il conclut en expliquant que la flambée maniaque provient d'une libération de la domination de l'Idéal du moi ou de l'objet incorporé. C'est la capacité de rétention de l'objet dans le Moi qui entraîne un individu vers la dépression ou la manie. Dans le

---

<sup>1</sup> Processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications (Laplanche & Pontalis, 1968).

premier cas, l'individu retient l'objet à l'intérieur du Moi alors que, dans le second, il l'expulse.

Klein (1934, 1940) donne son point de vue sur la dépression et la manie. L'étude de l'auteure sur la manie provient de ses travaux sur la dynamique de la vie psychique et les objets internes. Klein développe l'idée d'une Position dépressive dans la vie psychique. Elle affirme que la manie ne peut se définir qu'à partir de cette position.

Cependant, Klein (1934) ne comprend pas la mélancolie de la même façon que Freud. Il faut se rappeler que, pour ce dernier, l'individu mélancolique a un Moi écrasé par le sadisme d'un objet que le Moi avait d'abord lui-même attaqué. Cette dynamique fait partie, pour Klein, de la Position schizo-paranoïde<sup>1</sup>. Elle affirme que le développement psychique passe par cette position chez l'enfant. Pour elle, cette position précède, dans le développement, la Position dépressive. Klein affirme que ce qui prévaut dans la Position dépressive, c'est l'amour du Moi pour son objet. Elle mentionne que, dans cette position, le Moi est capable de concevoir que l'objet se perde. Le Moi peut donc supporter de ne pas attaquer l'objet lors de sa perte et peut aussi assumer le fait de l'avoir attaqué dans le passé pour cette même raison. Le Moi assume maintenant le mal qu'il a fait à l'objet. La capacité d'amour envers l'objet alors que,

---

<sup>1</sup> Selon Melanie Klein, modalité des relations d'objet spécifique des quatre premiers mois de l'existence, mais qu'on peut retrouver ultérieurement dans le cours de l'enfance, et, chez l'adulte, notamment dans les états paranoïaque et schizophrénique (Laplanche & Pontalis, 1968).

d'un autre côté, il est haï, permet un mouvement temporel. Ce mouvement en est un d'ambivalence où l'amour prend le dessus sur la rage. Le Moi est à présent capable de conserver un lien avec l'objet même en son absence. Ceci implique pour Klein que le Moi conçoit l'objet dans deux positions différentes : d'un côté, l'objet est présent et, de l'autre, il est absent. Pour l'auteure, le monde dépressif en est un où la perte de l'objet est au premier plan. Il y a une prise de conscience de la perte de la continuité narcissique du Moi et de l'objet et de la perte d'une conception du monde qui ne changera plus : le mauvais et le bon pourront désormais cohabiter. Le Moi et l'objet commencent dès lors à se modifier.

Dans la Position dépressive, le sujet se rend petit à petit responsable des fantasmes qu'il a eus face à l'objet. C'est à ce moment que les sentiments dépressifs commencent à naître. Le Moi se souvient du mal qu'il a souhaité à son objet. Chacune des absences ou disparitions de l'objet est associée aux pensées malveillantes du Moi. Le Moi croit que c'est à cause de lui que l'objet et toutes possibilités de recevoir de l'amour de celui-ci sont perdus. Ce point différencie Klein de Freud : le Moi reconnaît la réalité de la séparation de l'objet au-dehors en plus de se reconnaître coupable de sa disparition. Pour Klein, la mélancolie provient d'une défaillance de cette reconnaissance. Le Moi est incapable de véritablement reconnaître l'objet comme étant une entité séparée de lui et il se sent par le fait même coupable de sa perte. D'un autre côté, dans la Position dépressive, le Moi est capable de retrouver à l'intérieur de lui l'objet perdu au-dehors et de le restaurer pour qu'il reprenne la forme qu'il avait avant



d'être attaqué. Le deuil de l'objet ne peut se faire que s'il y a possibilité, dans la vie psychique, de restaurer l'objet interne. À ce moment, on peut dire qu'il y a un mouvement qui pousse le sujet vers une recreation de l'objet à l'intérieur de lui.

Pour l'auteure, la manie ou la défense maniaque est la solution trouvée par le Moi pour pallier aux ratés de cette position et donc pour lui éviter l'expérience dépressive. Pour éviter de se sentir accablé par la culpabilité et le sentiment d'être écrasé qu'il s'impose par devoir de réparation envers l'objet, le Moi se sent léger et identifié à un objet parfait. La culpabilité persécutrice à l'intérieur du Moi et l'image d'un objet abîmé ne sont plus projetées comme dans la Position dépressive, mais plutôt déniées.

Klein explique que la source du conflit dans un état maniaque réside dans le fait que le Moi ne veut ni ne peut renoncer à ses bons objets intérieurs. Il cherche à fuir le danger associé aux mauvais objets ainsi qu'au danger encouru par une dépendance face à ses bons objets. Pour à la fois se détacher et ne pas renoncer à un objet, le Moi doit s'accroître en puissance. Pour en arriver à un compromis, le Moi doit nier l'importance des bons objets et les dangers associés à ses mauvais objets. Le Moi essaie de maintenir un contrôle incessant sur ses objets, ce qui entraîne l'hyperactivité de l'état maniaque. Klein ajoute que la toute-puissance maniaque permet aux mécanismes de réparation de l'objet qui avaient été acquis dans la Position dépressive de faire leur travail. Cette toute-puissance associée au travail de réparation permet de tuer les objets internes et de

les réanimer instantanément. C'est ce phénomène que Klein appelle la réparation maniaque qui fait fi de la réalité du travail à accomplir. De plus, pour l'auteure, on retrouve dans la manie une minimisation de la puissance de l'objet et un dédain pour celui-ci.

Klein (1940) parle d'une Position maniaque qui alterne avec la Position dépressive. Celle-ci est caractérisée par l'idéalisation, la négation et le triomphe sur l'objet. Elle permet, de plus, de combattre les objets menaçants et de protéger les bons objets. Klein abandonne cependant cette idée. Elle met plutôt l'accent sur les dangers liés à la Position dépressive. Elle explique que le Moi se trouvant au point culminant de cette position ne peut, sans une négation partielle et temporaire de la réalité psychique, supporter la souffrance qui l'accable. Elle ajoute que la défense maniaque est un moyen de combattre la souffrance associée à divers éléments imposés par la Position dépressive dont l'épreuve de réalité<sup>1</sup> et la nostalgie de l'objet aimé.

À partir des Positions schizo-paranoïde et dépressive qui ont été développées, Segal (1964) poursuit la lignée kleinienne en consacrant une partie de ses travaux aux défenses maniaques et à la façon dont s'organisent ces défenses. Elle affirme que les mécanismes de défense maniaques utilisés pour contrer la Position dépressive ne sont

---

<sup>1</sup> Processus postulé par Freud, permettant au sujet de distinguer les stimuli provenant du monde extérieur des stimuli internes, et de prévenir la confusion possible entre ce que le sujet perçoit et ce qu'il ne fait que se représenter, confusion qui serait au principe de l'hallucination (Laplanche & Pontalis, 1968).

pas pathologiques puisque l'acquisition de la capacité de réparation des objets internes par la psyché est très longue.

Pour Segal, afin d'éviter la dépression associée à la perte de l'objet, le psychisme met en branle une triade de sentiments qui forme la défense maniaque. Ces sentiments sont : le contrôle (de la dépendance à l'objet), le triomphe (sur le souci pour l'objet et sur sa valeur) et le mépris (qui permet de dénier la valeur de l'objet). La défense maniaque ainsi constituée permet d'éviter le sentiment de responsabilité directement associé à la perte de l'objet qui avait d'abord été attaqué et abîmé.

Segal mentionne également que certains éléments retrouvés dans les défenses appartenant à la Position schizo-paranoïde se retrouvent aussi dans les défenses maniaques. Elle mentionne que le déni, le clivage, l'idéalisation et l'identification projective font partie de ces mécanismes de défense. L'auteure affirme cependant que les défenses maniaques sont plus organisées grâce à un état du Moi plus intégré. Elle précise que les défenses maniaques servent à contrer toutes les sensations associées à l'existence d'un monde interne. Ce dernier renfermant des objets de valeur et des aspects de la relation entre le soi et ces objets tels que la dépendance, l'ambivalence et la culpabilité.

Les positions théoriques de quatre auteurs sur la maniaque-dépression ont été présentées dans cette partie. Freud (1917/1968) explique son point de vue sur la mélancolie en affirmant que celle-ci a comme fondement l'attaque d'un objet intériorisé

dans le Moi qui entraîne une grande dépense énergétique pouvant être libérée dans la manie. Plus tard, Freud (1923) conçoit l'idée d'un Surmoi qui n'est pas simplement un objet qui attaque le Moi de l'intérieur, mais plutôt un tyran cherchant à détruire cette dernière instance. La manie devient dès lors une fuite du Moi face à l'envahisseur surmoïque. Abraham (1912), quant à lui, travaille sur les symptômes reliés à la manie qui le conduisent à comprendre celle-ci comme étant une libération de la souffrance qui est imposée par le Principe de réalité. Cependant, Abraham (1924) rejoint la pensée freudienne en affirmant que, dans la manie, l'individu tente de se soustraire à l'emprise de son Idéal du moi. Lorsque l'individu y parvient, l'Idéal du Moi se dissout dans le Moi lui-même et la libido se tourne vers d'autres objets. Abraham affirme que la libido s'exprime chez les individus maniaques dans la convoitise orale et l'incorporation. Il ajoute cependant que l'individu maniaque a aussi le besoin d'expulser rapidement l'objet, ce qui rattache l'état maniaque à la première phase du stade anal. De son côté, Klein (1934) comprend la manie ou la défense maniaque comme la solution trouvée pour contrer la Position dépressive et éviter la culpabilité à l'intérieur du Moi, culpabilité qui se trouve de ce fait déniée. Elle ajoute que le Moi exerce un contrôle incessant sur ses objets, ce qui entraîne l'hyperactivité et la toute-puissance de l'état maniaque. Klein (1940) parle de la défense maniaque comme d'une négation partielle de la réalité psychique de l'individu qui se trouve au point culminant de la Position dépressive. Segal (1964) poursuit dans la même veine que Klein en parlant à son tour des défenses maniaques. Pour l'auteure, le contrôle, le triomphe et le mépris, qui permet de dénier la valeur de l'objet, sont les sentiments qui forment la défense

maniaque. Elle ajoute que des éléments du déni, du clivage, de l'idéalisation et de l'identification projective font aussi partie de la défense maniaque. Klein et Segal retiennent particulièrement l'attention dans cette étude, car ces deux auteures traitent des mécanismes de défense en jeu dans la maniaco-dépression.

### L'organisation limite de la personnalité

Depuis plusieurs années, les chercheurs en psychologie tentent de définir et de comprendre l'organisation limite de la personnalité. Il existe, en recherche, des courants descriptifs et un autre qui est psychanalytique. Les approches descriptives tentent d'étudier les symptômes des individus borderline, tandis que l'approche psychanalytique s'intéresse à la structure psychique et aux opérations mentales ainsi que défensives des individus souffrant d'une organisation limite de la personnalité. En ce qui a trait au mécanisme de défense du déni, la section suivante est entièrement consacrée à sa description, sa définition et ses principales fonctions au sein du Moi.

Les symptômes dénombrés par les approches descriptives se retrouvent principalement dans le DSM-IV (APA, 1996). Selon cette association, le trouble de personnalité borderline se définit par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations retrouvées en appendice C.

Du côté psychanalytique, Kernberg consacre l'essentiel de ses recherches à ce qu'il appelle l'organisation limite de la personnalité. Pour Kernberg (1997), les individus présentant un trouble limite ont une structure du Moi qui est relativement stable, spécifique et qui se situe entre la névrose et la psychose. Les individus présentant ce type d'organisation ont des symptômes qui s'apparentent à ceux des névroses ou des troubles de la personnalité. De plus, il peut arriver que ces individus aient des épisodes psychotiques passagers. Ces pertes de contact avec la réalité surviennent habituellement lors d'un choc ou lorsque les individus présentant le trouble se retrouvent sous l'effet de l'alcool ou de la drogue. Dans ce type d'organisation, les processus de pensée semblent intacts au cours des entretiens cliniques. Par contre, ces individus examinés à l'aide de tests projectifs démontrent un fonctionnement psychique qui recourt habituellement aux processus primaires<sup>1</sup>. Les individus ayant une organisation limite de la personnalité se présentent fréquemment avec des symptômes névrotiques typiques. Cependant, ces symptômes ont habituellement des particularités et la présence de deux ou trois de ceux-ci peut signaler de manière sous-jacente une organisation limite de la personnalité. Le diagnostic final dépend cependant davantage de la pathologie du Moi que des symptômes.

---

<sup>1</sup> Mode de fonctionnement de l'appareil psychique tel qu'il a été dégagé par Freud : a) du point de vue topique : le processus primaire caractérise le système inconscient; b) du point de vue économique-dynamique : dans le cas du processus primaire, l'énergie psychique s'écoule librement, passant sans entraves d'une représentation à une autre selon les mécanismes de déplacement et de condensation; elle tend à réinvestir pleinement les représentations attachées aux expériences de satisfaction constitutives du désir (hallucination primitive) (Laplanche & Pontalis, 1968).

Les symptômes les plus fréquemment observés par Kernberg sont ici mentionnés et expliqués. Le premier d'entre eux est l'angoisse qui peut être diffuse et flottante. Le second est la névrose polysymptomatique qui contient les phobies multiples, les symptômes obsessionnels, les symptômes de conversion multiples, les réactions dissociatives, l'hypocondrie et les tendances paranoïdes et hypocondriaques avec d'autres symptômes névrotiques. Il est important de mentionner ici que seulement deux de ces signes symptomatiques ou plus ouvrent sur la possibilité qu'il y ait présence d'une structure limite chez un individu. On trouve, en troisième lieu, les tendances sexuelles perverses polymorphes qui sont les déviations sexuelles manifestes où cohabitent plusieurs tendances perverses. En quatrième lieu, Kernberg fait référence aux structures pré-psychotiques classiques comme la personnalité paranoïde, la personnalité schizoïde ainsi que la personnalité hypomane et l'organisation « cyclothymique » avec d'importantes tendances hypomanes. En cinquième lieu se retrouvent les personnalités impulsives qui présentent des éruptions permanentes et répétées qui visent à satisfaire leurs besoins pulsionnels. La toxicomanie fait également partie de ce dernier symptôme. Finalement, pour l'auteur, il existe un symptôme lié aux troubles de personnalité d' « échelon inférieur ». Ces troubles font référence à des pathologies sévères. La plus typique d'entre elles est la pathologie narcissique.

Il est à noter que Kernberg fait référence à des « échelons », car il range la pathologie le long d'un continuum. Ce dernier s'étale d'un « échelon supérieur » à un « échelon inférieur » selon l'importance relative des mécanismes de refoulement et de

clivage. Par exemple, la personnalité hystérique est une personnalité névrotique d'« échelon supérieur », la personnalité infantile en est une d'« échelon moyen » et la personnalité narcissique varie de l'« échelon inférieur » à l'« échelon moyen ».

Examinons maintenant l'analyse structurelle de l'organisation limite de la personnalité. Sur le plan psychanalytique, une analyse structurelle peut avoir plusieurs sens. Kernberg fait référence, dans un premier temps, à l'analyse des processus mentaux en jeu entre les trois instances psychiques que sont le Moi, le Surmoi et le Ça. Dans un second temps, il fait référence au Moi considéré comme une association de structures ou de configurations qui déterminent les différents processus mentaux.

Sur le plan clinique, Kernberg fait référence, pour ce qui est de l'analyse structurelle, à l'intérêt porté aux structures cognitives, particulièrement à l'opposition entre les processus de pensée primaires et secondaires<sup>1</sup>. Ce même intérêt est également porté aux structures défensives : à l'ensemble des mécanismes de défense de la personnalité. Plus récemment, le terme d'analyse structurelle a été utilisé pour décrire l'analyse des dérivés structurels des relations d'objet internalisées. Kernberg analyse l'organisation limite de la personnalité en se servant de l'analyse structurelle qui considère le Moi comme une structure d'ensemble intégrant des structures et des

---

<sup>1</sup> Mode de fonctionnement de l'appareil psychique tel qu'il a été dégagé par Freud : a) du point de vue topique : le processus secondaire caractérise le système pré-conscient-conscient; b) du point de vue économique-dynamique : dans le cas du processus secondaire, l'énergie est d'abord « liée » avant de s'écouler de façon contrôlée; les représentations sont investies d'une façon plus stable, la satisfaction est ajournée, permettant ainsi des expériences mentales qui mettent à l'épreuve les différentes voies de satisfaction possibles (Laplanche & Pontalis, 1968).



fonctions. De plus, il analyse les dérivés structurels spécifiques des relations d'objet internalisées qui correspondent à la psychopathologie limite.

Pour l'auteur, il existe des manifestations spécifiques et non spécifiques de la faiblesse du Moi. Dans les aspects spécifiques, on retrouve essentiellement l'utilisation, de la part du Moi, de mécanismes de défense plus archaïques qui représentent bien l'organisation limite de la personnalité. Par contre, en ce qui a trait aux manifestations moins spécifiques de la faiblesse du Moi, Kernberg considère trois points : le manque de tolérance à l'angoisse, le manque de contrôle pulsionnel et le manque de développement des voies de sublimation.

Le manque de tolérance à l'angoisse apparaît sous forme de symptômes, de conduites inhabituelles ou d'une régression du Moi provoquée par une angoisse plus grande que celle habituellement éprouvée. Ce n'est pas ici la force de l'angoisse qui importe, mais bien la manière dont le Moi réagit. Le manque de contrôle pulsionnel, quant à lui, doit se présenter de façon non spécifique et globale comme chez les personnalités très impulsives. Il est important de distinguer ce manque de contrôle de celui qui est isolé et qui fait partie d'une formation défensive. Finalement, le manque de développement des voies de sublimation est lié à l'incapacité pour un individu d'avoir du plaisir à créer.

Kernberg porte également une attention spécifique aux retours des processus primaires de pensée. Les individus ayant une organisation limite de la personnalité présentent rarement de façon apparente des troubles formels des processus de pensée. Toutefois, face à des stimuli peu structurés, les processus primaires tendent à apparaître. Ce retour à des processus de pensée primaires peut cependant être le fruit de plusieurs aspects de l'organisation limite de la personnalité. Il peut en premier lieu être imputable à la réactivation de relations d'objets internalisées précoces et pathologiques. Il peut, en second lieu, provenir de la refusion partielle des images primitives de soi et d'objets, refusion qui affecte les frontières du Moi. En troisième lieu, il peut naître d'une régression vers des structures cognitives primitives du Moi. Il peut finalement provenir de la réactivation d'opérations défensives précoces et particulièrement de la dissociation et du clivage permanent.

Le clivage est l'opération défensive centrale de l'organisation limite de la personnalité. Kernberg explique que les mécanismes de défense sont le fruit de la synthèse des introjections<sup>1</sup> et des identifications précoces et tardives qui forment un Moi ayant une identité stable. Ces introjections et identifications se font au départ à partir des rejets pulsionnels libidinaux et agressifs. Les objets internes étant d'un côté bons et de l'autre, mauvais. Le manque d'intégration du Moi précoce est à l'origine de ce

---

<sup>1</sup> Processus mis en évidence par l'investigation analytique : le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du « dehors » au « dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel mais elle n'implique pas nécessairement une référence à la limite corporelle (introjection dans le moi, dans l'idéal du moi, etc.). Elle est dans un rapport étroit avec l'identification (Laplanche & Pontalis, 1968).

clivage des relations d'objet internes. Le clivage qui, au départ, provenait d'un manque de possibilité intégrative du Moi devient par la suite un mécanisme de défense au service de cette instance. Il permet ainsi la diffusion de l'angoisse et la protection des noyaux du Moi provenant des introjections positives. Normalement, ce mécanisme de défense n'est utilisé par le Moi naissant qu'au cours de sa première année de vie et il est ensuite remplacé par des mécanismes de niveau plus élevé. Cependant, chez les individus souffrant d'une organisation limite de la personnalité, le mécanisme du clivage persiste pour protéger le Moi des conflits. Cette opération défensive permet de maintenir séparées les introjections et identifications déterminées par les pulsions libidinales et agressives. Ainsi, les états contradictoires du Moi sont maintenus séparés et l'angoisse, évitée.

Kernberg ajoute que la persistance de relations d'objet internalisées dans un état « non métabolisé » est pathologique en elle-même. Elle empêche la synthèse qui entraîne l'intégration des relations d'objet internalisées. Habituellement, les parties du Moi dissociées contiennent des représentations primitives d'objet, du soi et d'une certaine affectivité qui était présente au moment de l'internalisation. Chez les individus ayant une organisation limite, il y a une différenciation entre les images de soi et d'objet qui permet une intégrité des frontières du Moi. Ces dernières font cependant défaut lorsque l'identification projective, mécanisme de défense plus primitif qui sera abordée ultérieurement, ainsi que la fusion aux objets internalisés apparaissent.

Les relations d'objet internalisées des individus limites liées à la persistance des introjections séparées en « totalement bonnes » et « totalement mauvaises » ont plusieurs conséquences importantes. L'une d'elles est l'incapacité du Moi à ressentir la dépression, la sollicitude et la culpabilité parce que les introjections positives et négatives ne vont pas de concert. Pour que le Moi entraîne une réaction dépressive chez un individu, il doit être capable de supporter la tension entre les images contradictoires du soi qui se développent lorsque les images de soi bonnes et mauvaises sont intégrées. L'individu peut ainsi reconnaître sa propre agressivité. Lorsqu'il ne voit plus les objets comme « totalement bons » ou « totalement mauvais », l'individu arrive à voir des objets « totaux ». L'association de l'amour et de l'agressivité envers ces objets provoque dès lors culpabilité et sollicitude. Cependant, chez les individus limites, il règne une incapacité à éprouver cette culpabilité et cette sollicitude. La réaction dépressive chez ces individus présente plutôt un aspect de rage impuissante, avec un sentiment d'être vaincu par des forces extérieures, plutôt que le sentiment de deuil à l'égard de bons objets perdus et d'un regret face à l'agressivité tournée envers eux-mêmes ou autrui.

En ce qui a trait au Surmoi des individus limites, la présence des images d'objets « totalement bons » et « totalement mauvais » qui ne sont pas intégrées entraîne des difficultés dans la formation de celui-ci. Les mauvais objets sadiques internalisés liés aux conflits pré-génitaux ne sont pas tolérés et se trouvent projetés sous la forme de mauvais objets externes. À l'opposé, les images d'objets idéalisés et de soi « totalement

bonnes » créent des idéaux fantasmatiques de pouvoir, de grandeur et de perfection. Ces images entraînent la formation de l'idéal du Moi et nuisent considérablement, tout comme le font les mauvais objets sadiques internalisés, à l'intégration du Surmoi.

Revenons aux mécanismes de défense des individus limites. Il a été question précédemment du clivage. Or, il faut spécifier que, pour Kernberg, ce mécanisme n'apparaît jamais seul. Il est accompagné d'autres mécanismes de défense tels l'idéalisation primitive, les formes précoces de projection et, en particulier, l'identification projective, l'omnipotence et la dévalorisation ainsi que le déni. Ce dernier mécanisme est central dans cette étude. Une section complète lui sera donc consacrée immédiatement après qu'auront été définies les autres défenses de l'organisation limite mentionnées ci-haut.

L'idéalisation primitive est la tendance à voir les objets externes comme étant totalement bons. Ceci permet à l'individu de se protéger des « mauvais » objets. Ainsi, il ne peut être contaminé, abîmé ou détruit par sa propre agressivité ou par celle qu'il projette sur d'autres objets.

Les formes précoces de projection et d'identification projective sont également utilisées par les individus souffrant d'une organisation limite de la personnalité. C'est ici l'aspect qualitatif de la projection qui a amené Kernberg à parler de formes précoces. En effet, dans ce cas particulier de projection, le but principal de cette défense est

d'externaliser les images de soi et d'objet mauvaises et agressives. Par contre, une conséquence fâcheuse de cette projection est le développement d'objets dangereux contre lesquels l'individu doit se défendre rendant la défense en partie inefficace. L'extrême intensité de la projection associée à un Moi faible chez ces individus affaiblit les frontières du Moi. Ces individus maintiennent cependant la capacité de s'identifier aux objets sur lesquels leur agressivité a été projetée même si ceux-ci sont devenus menaçants. Cette menace augmente cependant la crainte face aux objets sur lesquels ils ont projeté leur agressivité. Pour contourner cette difficulté, les individus souffrant d'un trouble limite de la personnalité tentent de contrôler ces objets pour éviter d'être attaqués et détruits par ceux-ci. C'est la menace ressentie par ces individus face aux objets les entourant et le contrôle qu'ils tentent de maintenir sur ceux-ci qui forment l'essence même de l'identification projective telle que proposée par Kernberg.

L'omnipotence et la dévalorisation sont deux mécanismes de défense étroitement liés au clivage. Les individus ayant une organisation limite de la personnalité ont tantôt le besoin d'établir une relation de dépendance à un objet idéalisé, et tantôt des fantasmes ou des conduites qui démontrent un sentiment profond d'omnipotence. Ces deux côtés proviennent de l'identification à un objet « totalement bon » et tout-puissant qui peut protéger des mauvais objets « persécuteurs ». À un autre niveau, l'objet idéalisé et tout puissant est traité rudement et de manière possessive comme s'il était une extension de l'individu lui-même. De cette façon, on peut observer que, malgré la soumission apparente à l'objet externe, ce sont les fantasmes

d'omnipotence de l'individu qui sont présents et qui dénotent le besoin de contrôler les objets idéalisés. Par le biais du contrôle des objets idéalisés, l'individu veut parvenir à manipuler son entourage et à détruire les objets potentiellement « dangereux ». L'individu cherche à « posséder » les objets idéalisés et parfaits pour les utiliser à ses propres fins. Lorsqu'un objet externe n'est plus source de protection ou de satisfaction, l'individu le laisse alors tomber. C'est ce que Kernberg appelle la dévalorisation. Il y a cependant d'autres fondements à la dévalorisation de l'objet. Lorsque l'individu est frustré dans ses besoins, en particulier dans son avidité orale, il aura tendance à détruire l'objet par vengeance. Finalement, il y a la dévalorisation défensive des objets. Celle-ci sert à protéger l'individu face à ses objets qui pourraient devenir des « persécuteurs » craints.

### Le déni

Cette section est entièrement consacrée au déni et vise à clarifier la compréhension de cette opération défensive. Le déni est ici décrit, défini sous toutes ses formes et mis en lien avec les mécanismes de défense examinés précédemment ainsi qu'avec l'organisation limite de la personnalité et la maniaco-dépression.

Les individus ayant une organisation limite de la personnalité utilisent, selon Kernberg (1997), des formes primitives de déni : le déni réciproque de deux domaines indépendants de la conscience sur le plan affectif, la simple méconnaissance d'un

secteur de l'expérience subjective de l'individu ou d'un secteur du monde externe et le déni des émotions opposées à celles actuellement éprouvées par l'individu.

Premièrement, l'auteur fait mention du « déni réciproque » de deux domaines indépendants de la conscience sur le plan affectif. Le déni renforce ici le clivage. Dans ce type de déni, l'individu est conscient que sa perception, ses pensées et ses sentiments à l'égard d'une autre personne ou sur lui-même diffèrent de ceux qu'il a eus à d'autres moments. Cependant, le souvenir n'a pas de conséquence affective et n'influence pas la nature des sentiments présents. L'individu peut ensuite revenir à son état antérieur et dénier le présent état dont, à nouveau, il conserve le souvenir, tout en étant incapable d'établir un lien affectif entre ces deux états.

Deuxièmement, une autre forme de déni est celle où l'on retrouve une simple méconnaissance d'un secteur de l'expérience subjective de l'individu ou d'un secteur du monde externe. En fait, les individus utilisant cette forme de déni ont une connaissance intellectuelle du secteur en question, mais sont incapables de l'intégrer à leur expérience affective. Ce qui est actuellement dénié par ces individus peut parfois être conscient dans d'autres domaines. Kernberg affirme que ce qui se trouve dénié sont les émotions qui ont été éprouvées ou le souvenir de ce qui a été éprouvé ainsi que la prise de conscience des conséquences affectives de situations réelles dont l'individu a été conscient ou dont il peut devenir conscient.



Troisièmement, on retrouve le déni des émotions opposées à celles qu'éprouve actuellement l'individu. Ce type de déni est fréquemment utilisé par les gens ayant une organisation limite de la personnalité. Un exemple qui illustre bien, selon Kernberg, cette forme de défense est le déni maniaque de la dépression. L'auteur affirme que, dans le déni de la dépression, les tendances maniaques et dépressives se présentent lorsqu'il y a une activation chez l'individu de relations d'objet pathogènes. Dans le déni maniaque, la manie a pour fonction de renforcer la tenue du Moi contre une partie menaçante de l'expérience de l'individu. Le déni maniaque et la dépression sont étroitement liés sur le plan clinique. Par conséquent, cela crée une dissociation moins pathologique au sein du Moi que celle rencontrée dans le déni de qualité inférieure. Le déni est donc un vaste groupe d'opérations défensives. À l'échelon supérieur, il est fortement lié au refoulement. À l'opposé, lorsqu'il est d'échelon inférieur, il se lie au clivage.

Les travaux de Freud (1917/1968, 1921/1971, 1923) et Abraham (1912, 1916, 1924) présentent la manie comme étant une fuite du Moi face à un Surmoi tyrannique (ou un Idéal du moi). Ce n'est que dans les recherches cliniques de Klein (1934, 1940) que la manie a été clairement décrite comme étant une défense face à la Position dépressive. Segal (1964), quant à elle, inclut carrément le déni dans la défense maniaque. En ce qui concerne l'organisation limite de la personnalité, ce sont les travaux de Kernberg (1997) qui permettent d'affirmer que la principale défense face à la dépression dans ce type d'organisation est une forme de déni qu'il nomme

« intermédiaire ». Lerner & Lerner (1980) qui se sont basés sur l'ensemble des travaux théoriques de Kernberg font référence à trois types de déni (voir appendice D) différents qui s'échelonnent sur un continuum. Au niveau le plus élevé, on retrouve la forme de déni plus névrotique, au niveau intermédiaire, le déni associé par Kernberg (1997) au trouble de la personnalité limite et, à l'échelon inférieur, le déni psychotique. Cette dernière forme entraîne une perte de contact avec la réalité qui est typique des individus souffrant de maniaco-dépression.

#### Recherches portant sur les liens entre les troubles de l'humeur et de la personnalité

Plusieurs études démontrent une association entre les troubles de l'humeur et de la personnalité (Bertschy, 1992). En fait, selon Farmer et Nelson-Gray (1990) ainsi que Shea, Glass, Pilkonis (1987), il existe des facteurs de comorbidité importants entre dépression et troubles de personnalité (30 à 70% selon les auteurs et le contexte dans lequel s'est déroulée l'étude). Dans une étude portant sur des patients souffrant de dépression majeure, Zimmerman, Pfohl et Coryell (1988) ont découvert que 24,2% d'entre eux souffraient d'un trouble de personnalité borderline mesuré par le Structured Interview for the DSM III Personality Disorders. Il s'agissait du trouble de personnalité le plus fréquemment observé chez ces patients. D'autres auteurs affirment qu'il y a des liens étroits entre le trouble de personnalité borderline et le trouble dépressif majeur (Akiskal & Akiskal, 1992; Davis & Akiskal, 1986; Gunderson & Phillips, 1991; Gunderson, Zanarini & Kisiel, 1991; Sullivan, Joyce & Mulder, 1994). Ainsi, la

littérature démontre l'existence d'une comorbidité entre les troubles de l'humeur et le trouble de personnalité borderline.

Plus précisément et davantage en accord avec l'étude en cours, une étude de O'Connell (1991) rapporte une comorbidité entre trouble bipolaire et trouble de personnalité. Cette étude, effectuée à l'aide d'un auto-questionnaire, le Personality Disorder Questionnaire révisé de Hyler et Rieder (PDQ-R), démontre que 30% des patients souffrant d'un trouble bipolaire ont également un trouble de personnalité borderline.

De plus, des études démontrent une association entre certains mécanismes de défense et la présence de symptômes de dépression et d'épisodes dépressifs (Bloch, Shear, Markowitz, Leon & Perry, 1993; Perry, 1988, 1990; Perry & Cooper, 1986, 1989). Dans ces études, les principaux mécanismes de défense liés aux symptômes de dépression et aux épisodes dépressifs sont : l'identification projective, le clivage, la projection et la dévalorisation. Deux autres études (Margo, Greenberg, Fischer & Dewan, 1993; Noam & Recklitis, 1990), utilisant le Defense Mechanism Inventory (DMI), concluent que les patients dépressifs utilisent davantage la projection que les patients non dépressifs. Finalement, une étude de Spinhoven et Kooiman (1997) arrive à la conclusion que des patients souffrant de dysthymie utilisent davantage la projection et la dévalorisation que les patients de leur groupe contrôle.

Aucune des études mentionnées ci-haut n'a utilisé un test projectif comme instrument de mesure. D'ailleurs, la seule étude trouvée dans la littérature qui utilise le Rorschach comme instrument de mesure est celle de Khadivi, Wetzler et Wilson (1997) sur les troubles de la pensée chez des individus souffrant de manie. Suite au relevé de la documentation sur les différents indices de manie, les auteurs constatent qu'il y a peu d'écrits sur ces indices au Rorschach. Dans leur étude, les auteurs ont utilisé le Thought Disorder Index (TDI) et le Schizoid-Affective Rating Scale (SARS) comme échelles de cotation des troubles de la pensée au Rorschach. Ils ont comparé des individus souffrant de manie, de schizophrénie paranoïaque et du trouble schizo-affectif. L'étude a démontré que les individus souffrant de manie donnent significativement plus de réponses impliquant un INCOM (combinaisons incongrues) et un contenu affectif (se référant à des thèmes de dépression, d'excitation, d'enjouement, de contentement, d'instabilité) que les individus des deux autres groupes. Les auteurs sont arrivés à la conclusion que les individus souffrant de manie sont facilement distraits et que leur attention se dirige rapidement d'un stimulus à un autre. De plus, de par le contenu affectif des réponses, ils ont conclu que l'humeur des individus souffrant de manie fluctue énormément et qu'ils font d'énormes efforts pour se défendre contre la dépression. Cependant, leur étude ne comparait pas des individus souffrant de maniaco-dépression à des individus souffrant d'un trouble de personnalité limite. De plus, les indices de manie étaient relevés à partir de cotations mesurant les troubles de la pensée (incom, contenu affectif, etc.) et non les mécanismes de défense. D'ailleurs, aucune recherche empirique, utilisant le Rorschach, ne compare le déni, le clivage,

l'identification projective et l'idéalisation entre des individus souffrant de manico-dépression et des individus souffrant d'un trouble limite de la personnalité.

### Hypothèses de recherche

Les études cliniques permettent d'affirmer que les individus présentant un trouble manico-dépressif ou une organisation limite de la personnalité utilisent le mécanisme de défense du déni pour lutter contre la dépression. Les recherches cliniques de Klein (1934, 1940) témoignent clairement de l'utilisation de la manie comme mécanisme de défense face à la Position dépressive. Segal (1964), quant à elle, inclut le déni comme faisant partie des défenses maniaques. En ce qui concerne l'organisation limite de la personnalité, ce sont les travaux de Kernberg (1997) qui permettent d'affirmer que la principale défense face à la dépression dans ce type d'organisation est une forme de déni qu'il nomme « intermédiaire ». De plus, Lerner & Lerner (1980) font référence à un déni de niveau 2 qu'ils associent aux individus souffrant d'un trouble de la personnalité limite et qui est basé sur la théorie de Kernberg. Ces auteurs se réfèrent également au déni de niveau 3 qui peut entraîner un individu à une perte de contact avec la réalité.

Avec l'aide du Lerner Defense Scale (LDS) de Lerner et Lerner (1980), cette étude compare des individus présentant un trouble manico-dépressif et des individus présentant une organisation limite de la personnalité quant à la fréquence et au niveau

de sévérité du déni au Rorschach. Le LDS permet de mesurer le nombre de réponses contenant du déni dans les deux groupes d'individus pour pouvoir ensuite comparer ces derniers entre eux. De plus, les différentes réponses impliquant du déni seront classées dans un des trois échelons du LDS selon leur niveau de sévérité. Le nombre de réponses de chacun des niveaux sera ensuite comparé entre les deux groupes. Finalement, les fréquences de clivage, d'idéalisation et d'identification projective au Rorschach, défenses qui gravitent autour de la défense maniaque selon Segal (1964), feront également l'objet de comparaisons entre les deux groupes d'individus. Suite à ces explications, les hypothèses suivantes sont posées :

*Hypothèse 1 :* Il y aura plus de manifestations de déni chez les individus présentant un trouble maniaco-dépressif que chez les individus ayant une organisation limite de la personnalité.

*Hypothèse 2 :* Les manifestations de déni des individus présentant un trouble maniaco-dépressif seront d'un niveau de sévérité plus élevé que ceux des individus ayant une organisation limite de la personnalité.

*Hypothèse 3 :* Il y aura plus de manifestations de clivage, d'identification projective et d'idéalisation chez les individus présentant un trouble maniaco-dépressif que chez les individus ayant une organisation limite de la personnalité.

## *Méthode*

Dans cette partie, il sera question de la méthode employée pour réaliser la présente étude. Cette section présentera d'abord les participants et leurs différentes caractéristiques. Ensuite, il sera question du matériel et des instruments de mesure utilisés. Finalement, le déroulement des entrevues conclura cette partie.

### Participants

L'échantillon utilisé se compose de 34 participants âgés de 22 à 52 ans. Dans ce groupe, 17 présentent un trouble bipolaire de type I ou II selon les critères propres au DSM-IV (APA, 1996). Dix-sept autres présentent un trouble de personnalité limite toujours selon les critères du DSM-IV.

De plus, l'échantillon non aléatoire s'est fait avec sélection, et les participants souffrant d'un trouble bipolaire ou d'un trouble limite de la personnalité provenaient du Centre universitaire de services psychologiques (CUSP) de l'Université du Québec à Trois-Rivières, du Centre de détention de Trois-Rivières et de trois hôpitaux (Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, Centre hospitalier régional de Lanaudière et Centre hospitalier du Centre de la Mauricie). Les tableaux 1 et 2 présentent les différentes caractéristiques sociodémographiques et diagnostiques des participants. Il



faut cependant noter que des données sont manquantes à cause des dossiers incomplets de certains participants.

### Matériel

Les entrevues ont été réalisées dans des locaux fermés contenant au moins deux chaises et une table. Le matériel utilisé avec chaque participant est un crayon, un formulaire de consentement, un questionnaire sociodémographique, dix planches de Rorschach, des instruments de mesure, un magnétophone et des cassettes audio.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des individus présentant un trouble bipolaire de type I ou II et des individus présentant un trouble limite de la personnalité

Variables	Individus présentant un trouble bipolaire de type I ou II (n=17)	Individus présentant un trouble limite de la personnalité (n=17)
Âge moyen	35,8 ans	35,2 ans
Sexe		
Hommes	29% (n=5)	29% (n=5)
Femmes	71% (n=12)	71% (n=12)
Statut civil		
Célibataire	35% (n=6)	35% (n=6)
Marié(e)/conjoint(e) de fait	12% (n=2)	41% (n=7)
Divorcé(e)/séparé(e)	47% (n=8)	24% (n=4)
Veuf (ve)	0% (n=0)	0% (n=0)
Inconnu	6% (n=1)	0% (n=0)
Scolarité (complétée ou non)		
Primaire	0% (n=0)	6% (n=1)
Secondaire	35% (n=6)	41% (n=7)
Collégial	35% (n=6)	12% (n=2)
Universitaire	18% (n=3)	29% (n=5)
Inconnue	12% (n=2)	12% (n=2)
Emploi		
Travailleur(se) autonome	0% (n=0)	5.9% (n=1)
Professionnel(le)	5.9% (n=1)	17.6% (n=3)
Métier	17.6% (n=3)	11.8% (n=2)
Étudiant(e)	11.8% (n=2)	23.5% (n=4)
Sans emploi	58.8% (n=10)	41.2% (n=7)
Inconnu	5.9% (n=1)	0% (n=0)

Tableau 2

Diagnosics présents chez les individus présentant un trouble bipolaire de type I ou II et chez les individus présentant un trouble limite de la personnalité

Diagnosics présents	Individus présentant un trouble bipolaire de type I ou II (n=17)	Individus présentant un trouble limite de la personnalité (n=17)
<b>Axe I</b>		
Troubles anxieux	82% (n=14)	35% (n=6)
Troubles de l'humeur	100% (n=17)	88% (n=15)
Troubles psychotiques	6% (n=1)	0% (n=0)
Troubles somatoformes	6% (n=1)	6% (n=1)
Troubles des conduites alimentaires	24% (n=4)	12% (n=2)
Troubles liés à une substance	41% (n=7)	53% (n=9)
<b>Axe II</b>		
Troubles de la personnalité :		
Paranoïaque	53% (n=9)	41% (n=7)
Schizoïde	0% (n=0)	0% (n=0)
Schizotypique	24% (n=4)	6% (n=1)
Antisociale	12% (n=2)	12% (n=2)
Borderline	88% (n=15)	100% (n=17)
Histrionique	12% (n=2)	12% (n=2)
Narcissique	12% (n=2)	18% (n=3)
Évitante	29% (n=5)	35% (n=6)
Dépendante	18% (n=3)	24% (n=4)
Obsessionnelle-compulsive	41% (n=7)	18% (n=3)

## Instruments de mesure

### *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)*

Le questionnaire SCID est un instrument de mesure développé pour permettre de poser un diagnostic différentiel sur l'axe I et l'axe II du DSM-IV (APA, 1996). Il se divise en deux sections : le SCID-I-P (First et al., 1997) et le SCID-II (Spitzer et al., 1990).

Le SCID-I-P a été traduit en français par Lise Bordeleau qui est membre de l'équipe de l'Unité de recherche en Neurosciences du Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUL). Le SCID-I-P permet de constater s'il y a présence ou absence d'un trouble clinique chez un individu sur l'axe I du DSM-IV. Williams et al. (1992) ont obtenu des coefficients interjuges moyens ( $\kappa=k$ ) de .61 pour les troubles actuels et .68 pour les troubles passés en ce qui concerne le diagnostic de tous les troubles de l'axe I chez des individus hospitalisés.

Quant à lui, le SCID-II a été adapté au DSM-IV par l'équipe de Sheilagh Hodgins de l'Université de Montréal. Cet instrument permet de poser un diagnostic sur l'axe II du DSM-IV. Cet axe comprend les troubles de la personnalité. Le SCID-II a été comparé à un instrument de même nature par Jacobsberg, Perry et Frances (1995). Ces chercheurs ont atteint un taux de faux-positifs peu élevé pour chaque diagnostic posé par le SCID-II et un  $\kappa$  de .61 pour les troubles de personnalité « dramatiques »

(histrionique, limite, antisociale et narcissique). Dans une autre étude, Arntz et al. (1995) ont obtenu, pour le diagnostic du trouble limite de la personnalité, un coefficient kappa de .79.

### *Rorschach*

Les concepts théoriques sur les mécanismes de défense établis par Kernberg (1997) ainsi que l'ensemble des travaux cliniques de Mayman, Pruitt et Spilka; Holt et Peebles ont été repris par Lerner et Lerner (1980). Ces derniers ont construit un manuel de cotation des réponses au Rorschach pour évaluer les opérations défensives spécifiques qui caractérisent les individus. Dans ce système de cotation, le déni représente un groupe de défenses qui s'étalent le long d'un continuum. Le LDS (Lerner & Lerner, 1980) divise le mécanisme du déni en trois groupes différents. Le premier est le niveau élevé du déni. Ce type de déni fait référence à des défenses secondaires manifestées dans les réponses au Rorschach. Les défenses secondaires associées à ce déni sont : la négation, l'intellectualisation et la minimisation. Ces opérations défensives se rapprochent grandement du refoulement. Le second est le niveau intermédiaire du déni. La réponse de la personne doit ici impliquer une contradiction de base. Cette contradiction peut être d'ordre affectif, logique ou touchant directement au contact avec la réalité. Le troisième est le niveau le plus sévère du déni. Dans celui-ci, le contact avec la réalité est abrogé, mais d'une façon particulière. Une réponse à la base acceptable devient non acceptable soit parce que quelque chose qui n'est pas présent a été ajouté ou parce qu'un aspect évident de la tâche n'a pas été pris en compte.

Ce niveau du déni inclut aussi des réponses dans lesquelles des descriptions incompatibles sont données au percept.

Grâce au LDS, le Rorschach permet aussi de voir s'il y a présence ou non des mécanismes de défense du clivage, de l'identification projective et de l'idéalisation ainsi que le niveau de sévérité de cette dernière. Les réponses qui sont évaluées avec le LDS, et qui fournissent les informations recherchées sur les mécanismes de défense mentionnés ci-haut, sont celles contenant des figures humaines complètes statiques ou en mouvement. Il y a différents critères qui servent à la cotation des mécanismes de défense. Ces critères déterminent, entre autres, le niveau de sévérité des défenses en cause dans la recherche. Par exemple, le niveau de sévérité du déni se mesure sur une échelle allant de 1 à 3 tel qu'il a été mentionné précédemment et celle de l'idéalisation sur une échelle s'étendant de 1 à 5. La grille de cotation du LDS est présentée à l'appendice D.

Dans une étude de Lerner et Lerner (1980), on compare un groupe d'individus névrotiques à celui de personnes souffrant d'un trouble limite de la personnalité. De façon significative, les individus limites ont démontré davantage de déni de bas niveau que les individus névrotiques. De plus, les chercheurs ont démontré un coefficient interjuge de 83% pour le déni, de 100% pour le clivage, de 87% pour l'idéalisation et de 100% pour l'identification projective dans cette même étude. Dans une seconde étude (Lerner, Sugarman & Gaughran, 1981), une différence significative a été observée entre

un groupe d'individus souffrant d'un trouble limite de la personnalité et un groupe d'individus souffrant de schizophrénie en ce qui a trait au niveau de déni dans chacun de ces groupes. De plus, les chercheurs ont obtenu des coefficients de corrélation entre .94 et .99 pour l'ensemble des mécanismes de défense et entre .47 et .95 pour les mécanismes d'idéalisation et de déni.

### Déroulement

Les participants à l'étude ont été rencontrés en moyenne deux fois chacun lors d'entrevues semi-structurées. Celles-ci débutaient par la signature de trois formulaires de consentement : un premier sur le consentement à la recherche, un second sur l'approbation de la consultation du dossier médical ou psychologique du participant (si nécessaire) et un troisième concernant le consentement à l'enregistrement des entrevues à l'aide d'un magnétophone pour faciliter la passation des tests et permettre de procéder ultérieurement aux accords interjuges.

Par la suite, le Rorschach a été administré pour évaluer les mécanismes de défense présents chez les participants. Le Rorschach est composé de dix taches d'encre qui entraînent chez un individu des opérations perceptives et cognitives. De plus, il donne des précisions sur l'affectivité, les opérations cognitives, les motivations, les préoccupations, les perceptions inter-personnelles et inter-environnementales ainsi que sur les modes de réactivité (Exner, 1995). Ensuite, les SCID-I-P et SCID-II ont été

administrés aux participants. Le SCID-I-P a permis d'établir un diagnostic sur l'axe I. En ce qui concerne le SCID-II, les participants ont dû préalablement remplir un questionnaire dans lequel chaque question correspond à une caractéristique d'un trouble de la personnalité. Lorsqu'un participant répond positivement à au moins trois caractéristiques d'un trouble, l'examineur l'interroge par la suite sur toutes les caractéristiques associées à ce trouble. Les réponses du participant permettent ainsi à l'évaluateur d'établir s'il y a ou pas présence de ce trouble chez l'individu.

Finalement, après la passation des différents instruments de mesure, le Rorschach a été corrigé à l'aide du LDS (Lerner & Lerner, 1980). Les résultats ont ensuite été compilés pour permettre la comparaison des réponses entre les groupes de participants. Mentionnons que 80% de tous les protocoles de Rorschach ont été soumis à un comité d'évaluateurs afin d'assurer la fidélité inter-juge dans cette étude. Un accord inter-juge de 81% a été obtenu pour les réponses contenant des mécanismes de défense au LDS. Un juge a, de plus, vérifié les diagnostics de trouble bipolaire et de trouble de la personnalité limite donnés par les SCID-I et II.



## *Résultats*

Cette troisième partie présente l'explication des procédures utilisées qui mènent à l'analyse des données ainsi que les résultats.

#### Procédures utilisées qui mènent à l'analyse des données

Premièrement, les protocoles de Rorschach des participants à l'étude ont été corrigés à l'aide du LDS (Lerner & Lerner, 1980). Ensuite, le nombre de défenses présentes dans chacun des protocoles a été calculé (p. ex. 2 DN1, 1 DN2). Troisièmement, l'entrée des données de chacun des protocoles a été faite pour permettre de les comparer entre eux. Les hypothèses de recherche appelaient des différences de moyennes, le Test-t a donc été utilisé pour l'analyse statistique.

#### Présentation des résultats

En lien avec l'hypothèse 1, le tableau 3 indique qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui a trait à la quantité de déni au Rorschach entre les individus souffrant d'un trouble maniaco-dépressif et les individus présentant un trouble de la personnalité limite ( $t(32) = .78, n.s.$ ).

Tableau 3

Comparaison entre les individus souffrant d'un trouble maniaco-dépressif et les individus présentant un trouble de la personnalité limite quant à la quantité de déni au Rorschach

Variables	Individus maniaco- dépressifs (n= 17)		Individus borderlines (n= 17)		t	p
Mécanisme de défense au Rorschach	M	ÉT	M	ÉT		
Déni	6.00	6.08	4.71	3.12	.78	.44

Note. *M*= moyenne, *ÉT*= écart-type.

En fonction des niveaux de sévérité (1, 2 et 3) du déni en lien avec la deuxième hypothèse, les individus souffrant d'un trouble maniaco-dépressif obtiennent significativement plus de déni de niveau 2 au Rorschach ( $M=.71$ ) que les individus présentant un trouble limite de la personnalité ( $M=.18$ ) ( $t(22.56) = 2.33, p < .05$ ). Il n'y a toutefois pas de différences entre les deux groupes d'individus en ce qui a trait au niveau 1 ( $t(32) = .40, n.s.$ ) et au niveau 3 ( $t(26.65) = 1.05, n.s.$ ) du déni (voir tableau 4).

Tableau 4

Comparaison entre les individus souffrant d'un trouble maniaco-dépressif et les individus présentant un trouble de la personnalité limite quant à la sévérité du déni au Rorschach

Variables	Individus maniaco- dépressifs (n= 17)		Individus borderlines (n= 17)		t	p
Sévérité du déni au Rorschach	M	ÉT	M	ÉT		
Déni1	5.12	5.00	4.47	2.96	.40	.69
Déni2	.71	.85	.18	.39	2.33	.03*
Déni3	.18	.39	.06	.24	1.05	.30

Note. *M*= moyenne, *ÉT*= écart-type, \**p* < .05.

Finalement, en ce qui a trait à la troisième hypothèse, les individus souffrant d'un trouble maniaco-dépressif n'obtiennent pas plus de clivage ( $t(22.78) = 1.32$ , *n.s.*), d'identification projective ( $t(16.64) = 1.54$ , *n.s.*) et d'idéalisation ( $t(19.34) = -.66$ , *n.s.*) au Rorschach que les individus présentant un trouble limite de la personnalité (voir tableau 5).

Tableau 5

Comparaison entre les individus souffrant d'un trouble maniaco-dépressif et les individus présentant un trouble de la personnalité limite quant à la quantité de clivage, d'identification projective et d'idéalisation au Rorschach

Variables	Individus maniaco- dépressifs (n= 17)		Individus borderlines (n= 17)		t	p
	M	ÉT	M	ÉT		
Mécanismes de défense au Rorschach						
Cliva	.65	1.00	.29	.47	1.32	.20
Proid	1.00	2.35	.12	.33	1.54	.14
Ideal	1.53	.80	1.94	2.46	-.66	.52

Note. *M*= moyenne, *ÉT*= écart-type.

## *Discussion*

L'objectif de cette recherche était de comparer des individus présentant un trouble maniaco-dépressif et des individus présentant une organisation limite de la personnalité quant à la fréquence et au niveau de sévérité du déni au Rorschach. Les fréquences du clivage, de l'idéalisation et de l'identification projective au Rorschach faisaient également l'objet de comparaisons entre les deux groupes d'individus. Cette dernière étape présente la discussion des différents résultats, l'analyse des conséquences de la recherche et de ses retombées possibles ainsi que les forces et faiblesses de l'étude.

### Discussion des résultats

En premier lieu, concernant la fréquence de déni obtenue dans chacun des deux groupes, l'hypothèse 1 s'est avérée non confirmée. Cependant, les résultats vont dans le sens de l'hypothèse. En effet, les individus souffrant du trouble maniaco-dépressif font en moyenne plus de déni que les individus présentant un trouble de la personnalité limite. Cependant, à ce stade, aucune différence n'est encore faite, sur le plan statistique, quant à la qualité (au niveau de sévérité) du déni chez ces individus.

En second lieu, face aux résultats obtenus grâce à la deuxième hypothèse, il devient possible de vérifier si le déni dans chacun des deux groupes se situe davantage

au niveau 1 (échelon supérieur), 2 (échelon intermédiaire) ou 3 (échelon inférieur), c'est-à-dire s'il tend plus vers le refoulement ou le clivage (Kernberg, 1997). Cependant, un seul résultat est significatif pour cette hypothèse. Les individus souffrant d'un trouble maniaco-dépressif présentent davantage de déni de niveau 2 que les individus présentant un trouble de la personnalité limite. Face à la dépression, ces individus risquent donc d'utiliser davantage le déni maniaque qui gravite autour du clivage. Les individus souffrant de maniaco-dépression sont donc plus susceptibles de renforcer le Moi contre une partie menaçante de leur expérience subjective que les individus présentant un trouble de la personnalité limite (Kernberg, 1997). En ce qui a trait aux résultats non significatifs, il n'y a pas de différences entre les individus souffrant d'un trouble maniaco-dépressif et les individus présentant un trouble de la personnalité limite quant au déni de niveau 1 et 3. Cependant, au premier niveau de déni, il y a une différence très mince entre les deux groupes quant à la quantité moyenne de réponses par sujet. Ensuite, les individus souffrant de maniaco-dépression présentent en moyenne davantage de déni de niveau 3 que les individus ayant un trouble de la personnalité limite. Ce résultat, bien que non significatif, va tout de même dans le sens de la deuxième hypothèse.

Finalement, concernant l'hypothèse 3 et la fréquence de clivage, d'identification projective et d'idéalisation obtenue dans chacun des deux groupes, aucun résultat n'est significatif. Cependant, pour ce qui est du clivage et de l'identification projective, les résultats vont tout de même dans le sens des hypothèses. Les individus souffrant de



maniaco-dépression font en moyenne plus de clivage et d'identification projective que les individus présentant un trouble de la personnalité limite. À l'inverse, et contrairement à ce qu'anticipaient les hypothèses, les individus présentant un trouble de la personnalité limite ont obtenu une moyenne d'idéalisation plus élevée que les individus souffrant de maniaco-dépression.

Même s'ils ne sont pas significatifs, les résultats vont malgré tout dans le sens des études présentées préalablement (Bloch et al., 1993; Perry, 1988, 1990; Perry & Cooper, 1986, 1989). Dans ces études, deux des principaux mécanismes de défense liés aux symptômes de dépression et aux épisodes dépressifs sont l'identification projective et le clivage. De plus, l'étude de Spinhoven et Kooiman (1997) arrive à la conclusion que les patients souffrant de dysthymie utilisent davantage la projection. Segal (1964) affirme que des éléments du déni, du clivage, de l'idéalisation et de l'identification projective font partie de la défense maniaque. Pour Kernberg (1997), les individus souffrant du trouble de la personnalité limite utilisent également ces mécanismes de défense en plus de la dévalorisation. Cependant, il note que les défenses peuvent tendre davantage vers le refoulement ou le clivage ce qui leur confère des caractéristiques plus ou moins archaïques. L'étude en cours vient renforcer les positions de chacun de ces auteurs sur le déni, le clivage et l'identification projective même si les résultats ne sont pas significatifs. On peut dire que, malgré la présence de ces défenses dans les deux groupes à l'étude, chacune d'elles possède des caractéristiques différentes marquées par

la présence plus ou moins intense du refoulement ou du clivage. Cependant, pour ce qui est de l'idéalisation, les résultats vont dans le sens contraire de ce qui était attendu.

#### Analyse des conséquences de la recherche et des retombés possibles

La présente étude est la première à utiliser le LDS (Lerner & Lerner, 1980) pour démontrer la possibilité de mettre la psychopathologie du trouble limite de la personnalité et la maniaque-dépression sur un même continuum selon la fréquence et la sévérité de différents mécanismes de défense au Rorschach. Rappelons que la sévérité des défenses provient du caractère plus ou moins archaïque de la pathologie en question.

Une première étude utilisant le LDS a été celle menée par Paquet Blouin (2002). L'auteure voulait savoir s'il y avait, à l'intérieur du trouble de la personnalité limite, des sous-groupes reflétant un continuum psychopathologique et, plus précisément, si une différence pouvait s'observer à l'aide d'indices tels que les mécanismes de défense. Cependant, cette étude ne comparait pas les individus souffrant d'un trouble de la personnalité limite à ceux présentant un trouble maniaque-dépressif.

De plus, la présente étude soulève des questions et amène certaines réponses quant au raffinement des diagnostics différentiels des individus souffrant de maniaque-dépression ou du trouble de la personnalité limite. Les prochaines études permettront

de raffiner encore davantage ces deux diagnostics à l'aide d'autres ou des mêmes indices au Rorschach.

Dans le futur, d'autres études pourront également comparer différents types de psychopathologies pour les amener à prendre leur place sur le continuum établi par Kernberg (1997). Évidemment, un plus vaste échantillon et une plus grande rigueur dans la recherche d'homogénéité des groupes de participants entraîneraient de meilleures chances d'obtenir des résultats plus concluants et conformes aux hypothèses de recherche.

Le fait de pouvoir insérer différentes pathologies, allant des plus névrotiques aux plus psychotiques, permettra une meilleure compréhension du modèle de Kernberg (1997) et ouvrira certainement la porte à différentes façons de travailler en clinique avec des configurations psychiques d'individus atteints de diverses pathologies.

#### Forces et faiblesses de l'étude

Cette section s'intéresse aux principales forces et faiblesses de l'étude. Du côté des forces, il est possible d'affirmer que la présente recherche est une première en son genre. En effet, aucune étude jusqu'ici ne s'était employée à comparer un groupe d'individus présentant un trouble maniaco-dépressif à un autre souffrant d'un trouble de la personnalité limite sur différents mécanismes de défense au Rorschach et ce, à l'aide

du LDS (Lerner & Lerner, 1980). Cette échelle, qui permet de coter les défenses chez les individus souffrant d'un trouble limite de la personnalité, a été utilisée d'une manière élargie pour vérifier si le modèle de Kernberg (1997) s'applique à un ensemble plus grand de psychopathologie incluant la problématique maniaque-dépressive.

De plus, il est à noter que les évaluations psychologiques dans les différents milieux qui visaient à trouver des participants souffrant du trouble de la personnalité limite se sont faites avec une certaine facilité grâce à l'utilisation du SCID-II (Spitzer et al., 1990). En effet, cet instrument de mesure a permis de rassembler des individus ayant pratiquement les mêmes critères diagnostiques et descriptifs que les individus souffrant du trouble limite de la personnalité décrits par Kernberg (1997).

Également, il faut noter qu'une grande attention a été portée à la cotation des différents mécanismes de défense à l'étude. De plus, le comité d'évaluation pour les accords inter-juges a passé en revue plus de 80% des protocoles à l'étude alors que la norme habituelle se situe à 33%.

Quelques faiblesses de la recherche peuvent ici être signalées. Premièrement, le nombre de participants dans cette étude est restreint. En effet, seulement 17 participants souffrant d'un trouble maniaque-dépressif et 17 autres présentant un trouble de la personnalité limite ont été recrutés.

Deuxièmement, étant donné la difficulté de recruter des individus souffrant uniquement de maniaque-dépression, des individus remplissant les critères des troubles bipolaires I et II ont fait partie de l'étude, ce qui a pu fausser les résultats. En effet, selon les critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1996), le trouble bipolaire I est celui se rapprochant le plus de la maniaque-dépression dans la perspective psychanalytique puisqu'il exige la présence d'au moins un épisode maniaque. Par contre, dans le cas du trouble bipolaire II, aucun épisode maniaque ne doit être présent pour que celui-ci soit diagnostiqué. La présence d'au moins un épisode hypomaniaque est cependant nécessaire à ce diagnostic. Dans cette étude, seulement sept individus souffrant du trouble bipolaire I ont été recrutés comparativement à dix souffrant du trouble bipolaire II.

Finalement, six des sept individus souffrant du trouble bipolaire I et neuf des dix individus souffrant du trouble bipolaire II avaient également reçu le diagnostic de trouble de la personnalité borderline sur l'axe II du DSM-IV (APA, 1996). En considérant que la maniaque-dépression (les troubles bipolaires) se situe à un échelon inférieur par rapport au trouble de la personnalité borderline sur le continuum défensif de Kernberg (1997) allant des psychopathologies du refoulement à celles du clivage, la comorbidité des deux diagnostics pourrait ne pas avoir eu d'impact sur l'étude. Cependant, étant donné cette même comorbidité et les différences intra-psychiques entre ces deux troubles, il est également possible que les résultats aient été faussés par ces données. Il semble toutefois difficile de recruter des individus souffrant uniquement

d'un trouble bipolaire. En effet, O'Connell (1991) a démontré, dans une étude présentée plus tôt, que 30% des individus souffrant d'un trouble bipolaire avaient en plus un trouble de personnalité borderline.

## *Conclusion*

En conclusion, l'objectif de cette recherche était de comparer des individus souffrant d'un trouble maniaco-dépressif à des individus présentant un trouble de la personnalité limite quant à divers mécanismes de défense au Rorschach. Les résultats démontrent que les individus souffrant de maniaco-dépression présentent plus de déni de niveau 2 que les individus souffrant d'un trouble limite de la personnalité. Cependant, en ce qui a trait aux niveaux de sévérité 1 et 3 du déni, les deux groupes ne présentent aucune différence significative. De plus, en ce qui concerne la fréquence du déni, du clivage, de l'identification projective et de l'idéalisation, il n'y a également aucune différence significative entre les deux groupes. Des réflexions sur la méthode employée permettent d'expliquer le peu de résultats significatifs. Par contre, bien que non significatifs, la plupart des résultats vont tout de même dans le sens des hypothèses émises. Malgré les différentes limites méthodologiques, cette étude demeure un prélude aux futures recherches portant sur la fréquence et les niveaux de sévérité des mécanismes de défense des différentes psychopathologies. Il apparaît cependant important que les études sur les sous-groupes d'individus souffrant d'un trouble de la personnalité limite se poursuivent pour permettre de dégager les caractéristiques défensives propres à chacun d'eux. Dans le futur, le fait de pouvoir différencier les sous-groupes d'individus souffrant du trouble de la personnalité limite permettra de mieux les situer sur le continuum de Kernberg (1997). Finalement, d'autres études sur les mécanismes de défense propres aux différentes psychopathologies, allant des plus



névrotiques aux plus psychotiques, ouvriront certainement la porte à de nouvelles façons de travailler en clinique.

## *Références*

- Abraham, K. (1912). Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. Dans G. Mendel (Éd, 1965), *Œuvres complètes, Vol. 1 : Rêve et mythe* (pp. 99–113). Paris : Payot.
- Abraham, K. (1916). Examen de l'étape prégénitale la plus précoce du développement de la libido. Dans G. Mendel (Éd, 1966), *Œuvres complètes, Vol. 2 : Développement de la libido* (pp. 231–254). Paris : Payot.
- Abraham, K. (1924). Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux. Dans G. Mendel (Éd, 1966), *Œuvres complètes, Vol. 2 : Développement de la libido* (pp. 255–313). Paris : Payot.
- Akiskal, H. S., & Akiskal, K. (1992). Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. Dans A. Tasman, & M. B. Riba (Éds), *Review of Psychiatry* (pp. 43-62). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1996). *Mini DSM-IV : critères diagnostiques*. Paris : Masson.
- Arntz, A. Van, Beijsterveldt, B., Hoekstra, R., Hofman, A., Eussen, M., & Sallaerts, S. (1995). The interrater reliability of a dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 85(5), 394-400.
- Bertschy, G. (1992). Les liens entre troubles de l'humeur et personnalité. *Encéphale*, 18, 187-191.
- Bloch, A. L., Shear, M. K., Markowitz, J. C., Leon, A. C., & Perry, J. C. (1993). An empirical study of defense mechanisms in dysthymia. *American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1194-1198.
- Davis, G. C., & Akiskal, H. S. (1986). Descriptive, biological and theoretical aspects of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(7), 685-692.
- Exner, J. (1995). *Le Rorschach: un système intégré. Théorie et pratique*. Paris: Frison-Roche.

- Farmer, R., & Nelson-Gray, R. O. (1990). Personality disorders and depression : hypothetical relations, empirical findings, and methodological considerations. *Clinical Psychology Review*, 10(4), 453-476.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV: Patient edition (SCID-P)*. New-York : American Psychiatric Press. Traduction française par L. Bordeleau, Québec : Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUL).
- Freud, S. (1923). *Le Moi et le Ça*. Leipzig-Wien-Zürich : Internat. Psychoanal. Verlag.
- Freud, S. (1968). *Métopsychoanalyse* (pp. 253-258). Paris : Gallimard. (Ouvrage original publié en 1917)
- Freud, S. (1971). *Psychologie de groupe et analyse du moi* (pp. 132-133). Paris : Payot. (Ouvrage original publié en 1921)
- Gunderson, J. G., & Phillips, K. A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry*, 148(8), 967-975.
- Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Kisiel, C. L. (1991). Borderline personality disorder : A review of data on DSM-III-R descriptions. *Journal of Personality Disorder*, 5(4), 340-352.
- Jacobsberg, L., Perry, S., & Frances, A. (1995). Diagnostic agreement between the SCID-II screening questionnaire and the personality disorder examination. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 428-433.
- Kernberg, O. F. (1997). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris : Dunod.
- Khadivi, A., Wetzler, S., & Wilson, A. (1997). Manic indices on the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 69(2), 365-375.
- Klein, M. (1934). Contribution à la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. Dans G. Mendel (Éd, 1976), *Essais de psychanalyse : Mélanie Klein 1921-1945* (pp. 311-340). Paris : Payot.
- Klein, M. (1940). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. Dans G. Mendel (Éd, 1976), *Essais de psychanalyse : Mélanie Klein 1921-1945* (pp. 341-369). Paris : Payot.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1968). *Vocabulaire de la psychanalyse (2e éd.)*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Lerner, P., & Lerner, H. (1980). Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure. Dans J. Kwawer, H. Lerner, P. Lerner & A. Sugarman (Éds), *Borderline Phenomena and the Rorschach Test* (pp. 257-274). New-York : International Universities Press.
- Lerner, H., Sugarman, A., & Gaughran, J. (1981). Borderline and schizophrenic patients : A comparative study of defensive structure. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 705-711.
- Margo, G. M., Greenberg, R. P., Fischer, S., & Dewan, M. (1993). A direct comparison of the defense mechanisms of nondepressed people and depressed psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 65-69.
- Noam, G. G., & Recklitis, C. J. (1990). The relationship between defenses and symptoms in adolescent psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 54(1-2), 311-327.
- O'Connell, R. A. (1991). PDQ-R personality disorders in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 23(4), 217-221.
- Paquet Blouin, M-È (2002). Les mécanismes de défense et la perte de limites du moi des individus borderlines présentant ou non des comportements parasuicidaires. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Perry, J. C. (1988). A prospective study of life stress, defenses, psychotic symptoms and depression in borderline and antisocial personality disorders and bipolar type II affective disorder. *Journal of Personality Disorder*, 2, 49-59.
- Perry, J. C. (1990). Psychological defense mechanisms in the study of affective and anxiety disorders. Dans J. Maser, & C. R. Cloninger (Éds), *Co-morbidity in anxiety and mood disorders* (pp. 545-562). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 34(4), 863-893.
- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1989). An empirical study of defense mechanisms : I. Clinical interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46(5), 444-452.
- Segal, H. (1964). *Introduction à l'œuvre de Melanie Klein*. Paris : Presses universitaires de France.

- Shea, T. M., Glass, D.R., Pilkonis, P. A. (1987). Frequency and implications of personality disorders in a sample of depressed outpatients. *Journal of Personality Disorder*, 1(1), 27-42.
- Spinhoven, P., & Kooiman, C. G. (1997). Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients : An explorative study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(2), 87-94.
- Spitzer, R.L., Williams, J. B., & Gibbon, M. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID II)*. New-York : American Psychiatric Press. Adapté au DSM-IV par l'équipe de S. Hodgins. Montréal : Université de Montréal (UDM).
- Sullivan, P. F., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1994). Borderline personality disorder in major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(9), 508-516.
- Williams, J. B., Gibbon, M., First, M., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., et al. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 630-636.
- Zimmerman, M., Pfohl, B., Coryell, W. (1988). Diagnosing personality disorder in depressed patients. A comparison of patients and informant interviews. *Archives of General Psychiatry*, 45(8), 733-737.

## *Appendice A*

Six séries de critères distincts pour le  
trouble bipolaire I

1- Épisode maniaque isolé :

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :

- 1- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur;
- 2- réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil);
- 3- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment;
- 4- fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent;
- 5- distractibilité (p. ex. l'attention est trop facilement attirée par des stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants);
- 6- augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice;
- 7- engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

C. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.



D. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

E. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hyperthyroïdie).

2- Épisode le plus récent hypomaniaque :

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante, expansive ou irritable, clairement différente de l'humeur non dépressive habituelle, et ce tous les jours pendant au moins 4 jours.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité significative :

- 1- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur;
- 2- réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil);
- 3- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment;
- 4- fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent;

- 5- distractibilité (p. ex. l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants);
- 6- augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice;
- 7- engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter l'hospitalisation, et il n'existe pas de caractéristiques psychotiques.

F. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hyperthyroïdie).

3- Épisode le plus récent maniaque :

Critères diagnostiques de l'épisode maniaque mentionnés ci-haut.

#### 4- Épisode le plus récent mixte :

A. Les critères sont réunis à la fois pour un épisode maniaque et pour un épisode dépressif majeur (à l'exception du critère de durée), et cela presque tous les jours pendant au moins une semaine.

B. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

C. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hyperthyroïdie).

#### 5- Épisode le plus récent dépressif :

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

- 1- humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex. pleure);

- 2- diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres);
- 3- perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours;
- 4- insomnie ou hypersomnie presque tous les jours;
- 5- agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fièvre ou de ralentissement intérieur);
- 6- fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours;
- 7- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade);
- 8- diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres);
- 9- pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c.-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

6- Épisode le plus récent non spécifié.

## *Appendice B*

Série de critères distincts  
pour le trouble bipolaire II

- A. Présence (ou antécédent) d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs majeurs.
- B. Présence (ou antécédent) d'au moins un épisode hypomaniaque.
- C. Il n'a jamais existé d'épisode maniaque ni d'épisode mixte.
- D. Les symptômes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, un trouble schizophréni-forme, un trouble délirant, ou un trouble psychotique non spécifié.
- E. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

### *Appendice C*

Critères diagnostiques du trouble  
de personnalité borderline



- 1- Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.
- 2- Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
- 3- Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
- 4- Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).
- 5- Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
- 6- Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
- 7- Sentiments chroniques de vide.
- 8- Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
- 9- Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

### *Appendice D*

Indices de cotation des mécanismes de défense  
du Lerner Defense Scale

Le clivage:

- A. Un percept humain est décrit selon les termes d'une dimension affective spécifique et non-ambivalente. Suit immédiatement un autre percept humain dans lequel la description affective est opposée à celle de la réponse précédente.
- B. Dans la description d'une figure humaine entière, une distinction claire des parties est faite. Une partie de la figure est vue comme étant opposée à l'autre.
- C. Deux figures distinctes peuvent être incluses dans une réponse et ces figures sont décrites d'une façon opposée.
- D. Une figure implicitement idéalisée est ternie ou gâchée par l'ajout d'une ou de plusieurs caractéristiques ou bien une figure implicitement dévalorisée est mise en valeur par l'ajout d'une ou de plusieurs caractéristiques.

La dévalorisation:

- A. Niveau 1: La dimension humaine est retenue. Il n'y a pas de distance dans le temps ou dans l'espace. Lorsque la figure est décrite négativement, elle est faite d'une façon civilisée; selon des termes socialement acceptables.
- B. Niveau 2: La dimension humaine est retenue. Il y a ou non une distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite négativement selon des termes impudiques et socialement inacceptables. Cette cote inclut aussi des figures humaines avec des parties manquantes.
- C. Niveau 3: La dimension humaine est retenue, mais il doit y avoir dans le percept une distortion de la forme humaine. Il y a une mise à distance ou non dans le temps ou dans

l'espace. La figure est décrite négativement dans des termes socialement acceptables. Cette cote inclut les percepts de clowns, de fées, d'hommes primitifs, de sorcières, de démons et de figures surnaturelles.

D. Niveau 4: La dimension humaine est retenue, mais il doit y avoir dans le percept une distorsion de la forme humaine. Il y a ou non une mise à distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite négativement dans des termes socialement inacceptables.

E. Niveau 5 : La dimension humaine n'est pas retenue. Il y a ou non une mise à distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite dans des termes neutres ou négatifs. Cette cote inclut des animaux, les mannequins, les robots, les créatures avec quelques caractéristiques humaines, etc.

L'idéalisation:

A. Niveau 1: La dimension humaine est retenue. Il n'y a pas de mise à distance dans le temps ou l'espace. La figure est décrite positivement, mais pas d'une façon excessive.

B. Niveau 2: La dimension humaine est retenue. Il y a ou non une mise à distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite dans des termes positifs excessifs et impudiques.

C. Niveau 3: La dimension humaine est retenue, mais il doit y avoir dans le percept une distorsion de la forme humaine. Il peut y avoir ou non une mise à distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite positivement dans des termes modérés. Cette cote inclut les objets de renommée, d'adoration ou des figures d'autorité.

D. Niveau 4: La dimension humaine est retenue, mais il doit y avoir dans le percept une distorsion de la forme humaine. Il peut y avoir ou non une mise à distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite positivement d'une façon impudique et excessive.

E. Niveau 5: La dimension humaine est perdue et il doit y avoir dans la distorsion une mise en valeur de l'identité. Il y a ou non une mise à distance dans le temps ou dans l'espace. La figure est décrite dans des termes neutres ou positifs. Cette cote inclut les figures ayant un statut grandiose, les géants, les surhommes, les figures de l'espace ayant un pouvoir naturel, les anges et les idoles. Les percepts moitié humains, dans lesquels la partie non humaine ajoute une apparence ou du pouvoir à la figure, sont également inclus.

L'identification projective:

A. Des réponses impliquant des figures humaines dans lesquelles la qualité formelle est [-]. Le percept est enjolivé avec des associations au point que les propriétés réelles de la tâche sont ignorées et remplacées par des éléments fantaisistes et affectifs. Plus spécifiquement, les associations impliquent un matériel ayant une signification agressive ou sexuelle.

B. Des réponses dans lesquelles la figure est décrite comme agressive ou ayant été agressée.

Le déni:

A. Déni 1:

1. Négation: La réponse ou un aspect de celle-ci est introduite négativement.
2. Intellectualisation: La charge affective est réduite dans la réponse par une présentation technique, scientifique, littérale ou intellectuelle.
3. Minimisation: La pulsion est incluse dans la réponse, mais elle est réduite et non-menaçante. Cette cotation inclut le fait de changer une figure humaine en une caricature ou une figure de dessin animé.
4. Répudiation: Les réponses sont retirées ou le participant nie avoir donné ces réponses.

B. Déni 2: La réponse inclut une contradiction qui concerne la réalité, la logique ou les affects.

C. Déni 3: Une réponse acceptable est rendue inacceptable soit en ajoutant quelque chose qui n'était pas là ou soit en ne tenant pas compte d'un aspect qui peut être clairement vu. Ce niveau inclut des réponses dans lesquelles des descriptions incompatibles sont données.